



Potwierdzenie Udziału w Programie „Rzuć Palenie”

INFORMACJA O PACJENCIE – Proszę Drukować

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| IMIĘ | | NAZWISKO | | |
| ADRES | | MIASTO/POWIAT | STAN | KOD POCZTOWY |
| ADRES EMAILOWY | | DATA URODZENIA | CZY W CIAŻY | CZY MASZ MEDICAID |
| PŁEĆ <input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA | | | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| NUMER TELEFONU (Kierunkowy) + Numer () | | TELEFON ALTERNATYWNY (komórka, praca, itd.) () | | RASA/POCHODZNIENIE |
| CZY MOŻEMY ZOSTAWIĆ WIADOMOŚĆ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | PREFERENCJA JĘZYKOWA (zakreśl jedno) ANGIELSKI HISZPAŃSKI INNY (NAPISZ JAKI): _____ | | |

KIEDY MOŻEMY ZADZWONIĆ?

ZAKREŚL JEDNO: 7 am – 10 am 10 am – 1 pm 1 pm – 4 pm 4 pm – 7 pm 7 pm – 9 pm 9 pm – 11 pm

Program „Rzuć Palenie” zazwyczaj dzwoni do pacjenta w ciągu 24 godzin od otrzymania skierowania od lekarza

PODPIS PACJENTA:

Niniejszym upoważniam powyższego lekarza do wydania informacji zawartej na powyższej formie do Illinois Tobacco Quitline po to abym mógł/mogła uczestniczyć w programie „Rzuć Palenie”. Upoważniam także Illinois Tobacco Quitline program oraz jego reprezentantów do kontaktu ze mną na powyżej podany numer telefonu w momencie otrzymania powyższego skierowania od lekarza. Daję pozwolenie programowi „Rzuć Palenie” oraz jego pracownikom na dyskusowanie mojego udziału w programie.

| | | | |
|---------|--|-------|---------------------|
| X _____ | PODPIS PACJENTA LUB REPREZENTANTA | _____ | DATA |
| X _____ | PODPIS PACJENTA LUB REPREZENTANTA DRUKOWANYM | _____ | RELACJA DO PACJENTA |

PRACOWNIK SŁUŻBY ZDROWIA

„RZUĆ PALENIE” LISTA ZAGADNIENI

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| 1. PYTAJ o to jak używa tytoniu Zidentyfikuj i zapisz sposoby używania tytoniu | 2. DORADŹ jak rzucić Jasno i dobitnie doradź rzucenie palenia | 3. OCENŹ gotowość do rzucenia palenia Czy pacjent chce spróbować? | 4. ASYSTUJ w procesie rzucenia palenia Zasugeruj terapię lub leki aby pomogły wyjść z nałogu | 5. ZOSTAŃ w kontakcie z pacjentem Powyższa forma wysłana faksem pozwoli Illinois Tobacco Quitline utrzymać kontakt z pacjentem |
| OCENA gotowości do rzucenia palenia: | <input type="checkbox"/> Gotowy aby rzucić <input type="checkbox"/> Myśli o rzuceniu <input type="checkbox"/> Nie jest gotowy do rzucenia | | | Ile teraz pali _____ |
| POMOC w rzuceniu palenia: | Czy Chantix może być użyty? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli tak, daj pacjentowi receptę) Czy Bupropion może być użyty? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli tak, daj pacjentowi receptę) Czy terapia zastępcza nikotyny? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli na Medicaid, daj pacjentowi receptę) | | | |
| DODATKOWY KOMENTARZ: | | | | |

| | |
|---|----------------------------|
| NAZWA KLINIKI: | PODPIS Pracownika Kliniki: |
| TELEFON: print or stamp here | X _____ |
| FAX: | |

PRZEFAKSUJ TĘ FORMĘ NA NUMER: 217-787-5916